

Anmeldeformular

Personalien

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Telefon-Nr.: Natel:
Email:
Bürgerort: Steuergemeinde:
Geburtsdatum: Zivilstand:
Konfession: Nationalität:
AHV-Nr.:
Aktuelle Wohnsituation: Zu Hause Spital andere Institution

Hausarzt

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:

Krankenkasse

Name: Geschäftsstelle:
Strasse: PLZ/Ort:
Vers.-Nr.: Karten-Nr.
Versicherung: Allgemein Halbprivat Privat

Entbindung der gesetzlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die SUNNMATT von der gesetzlichen Schweigepflicht bei der Weitergabe medizinischer Daten (u.a. Gesundheitszustand/medizinische Behandlungen) an die nachfolgend aufgeführten Bezugspersonen/Angehörige.

Bezugsperson für Korrespondenz

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ/Ort:
 Telefon Nr. P: Telefon Nr. G:
 Natel: Beziehungsgrad:
 Email:

Möchten Sie über Veranstaltungen elektronisch informiert werden? ja nein

Bezugsperson für Pflege

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ/Ort:
 Telefon Nr. P: Telefon Nr. G:
 Natel: Beziehungsgrad:
 Email:

Möchten Sie über Veranstaltungen elektronisch informiert werden? ja nein

Bezugsperson für Finanzielles

- Die angemeldete Person erledigt die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ist zugleich RechnungsempfängerIn.
- Die finanziellen Angelegenheiten werden durch folgende Vertrauensperson geregelt:

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ/Ort:
 Telefon Nr. P: Telefon Nr. G:
 Natel: Beziehungsgrad:
 Email:

Diese Vertrauensperson soll auch meine Briefpost erhalten ja nein

Zahlung via LSV (wird empfohlen): ja nein

Möchten Sie über Veranstaltungen elektronisch informiert werden? ja nein

Weitere Angehörige

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Telefon Nr. P: Telefon Nr. G:
Natel: Beziehungsgrad:
Email:

Möchten Sie über Veranstaltungen elektronisch informiert werden? ja nein

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Telefon Nr. P: Telefon Nr. G:
Natel: Beziehungsgrad:
Email:

Möchten Sie über Veranstaltungen elektronisch informiert werden? ja nein

Weiterführende Informationen

Sind Sie auf Hilfe angewiesen (z.B. Körperpflege, Essen/Trinken, Mobilisierung, usw.)? ja nein

Falls ja, bitte notieren:

.....
.....
.....

Benötigen Sie besondere Kost? ja nein

Falls ja, bitte notieren:

.....
.....

Wichtige Ergänzungen

Wir empfehlen Ihnen sehr, einen **Vorsorgeauftrag** bei der Geschäftsleitung zu hinterlegen.
(In einem Vorsorgeauftrag können die vertretungsberechtigten Personen bei Urteilsunfähigkeit genannt werden. Die Formularvorlage kann auf der SUNNMATT Homepage unter „Downloads“ heruntergeladen werden.

Wir empfehlen Ihnen sehr, eine **Patientenverfügung** bei der Geschäftsleitung zu hinterlegen.
(In einer Patientenverfügung können Angaben über medizinische, pflegerische und seelsorgerische Behandlungen bei Urteilsunfähigkeit gemacht werden. Die Formularvorlage kann auf der SUNNMATT Homepage unter „Downloads“ heruntergeladen werden.

Allgemeine Bemerkungen/Wünsche:

.....
.....
.....

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....